

SUR UN CAS

N° 54

DE

FIBROME ANTÉRIEUR DE L'ORBITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1894

PAR

Émile CABANES

Né à Cruzy (Hérault) le 17 avril 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Montpellier (Concours de 1889)

Ancien interne des Hôpitaux d'Avignon (Concours de 1892)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancienne Faculté des Sciences

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie. HÉDON (ch. de c.)	N...
Pathologie interne RAUZIER (Ch. du c.) . .	N...

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants. MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	SARDA, agrégé.
Pathologie externe	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examineurs de la Thèse

MM. TRUC, <i>président.</i>	MM. BAUMEL, <i>agrégé.</i>
JAUMES, <i>professeur.</i>	SARDA, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

*Hommage de piété filiale à ton bon
exemple et à ton courage impas-
sible contre l'adversité.*

A MA MÈRE BIEN AIMÉE

A MES SŒURS CHÉRIES

E. CABANES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TRUC

E. CABANES.

A mes Maîtres de la Faculté de Montpellier

A Monsieur le Professeur-Agrégé DUCAMP

E. CABANES.

A mes Maîtres de l'Hôpital d'Avignon

*MM. les Docteurs CARRE, CASSIN, PAMARD,
Chirurgiens en Chefs*

*MM. les Docteurs MONIER, VILLARD, Médecins-Chefs,
DUMAS, TROUSSAINT, Médecins-Majors*

A Monsieur le Docteur PANSIER

MEIS ET AMICIS

E. CABANES.

INTRODUCTION

Le titre restreint de cette étude montre, à lui seul, combien modeste en est le but. La question du fibrome de l'orbite, assez nettement tranchée de nos jours, aurait pu, considérée en général, servir de thème à un travail plus complet, et nous eussions, sans doute, plus amplement traité la question, si des circonstances indépendantes de notre volonté, et d'ailleurs étrangères au domaine médical, n'étaient venues nous forcer à en limiter le cadre.

En somme, nous avons voulu, à propos d'une observation de fibrome sous-conjonctival inédite, résumer ce qui a été dit à ce sujet jusqu'à l'heure actuelle, et en tirer quelques conclusions pratiques.

La relation pure et simple du cas qu'il nous a été donné d'observer n'aurait pas suffi comme sujet d'étude ; nous l'avons rapproché de quelques faits analogues, du moins à certains points de vue.

Dans un premier chapitre, nous avons rapidement établi quelques données anatomiques ; le second chapitre est fait de l'historique du fibrome de l'orbite en général ; après, viennent

divers chapitres consacrés à l'anatomie pathologique, à la discussion, à la symptomatologie, au diagnostic, et au traitement de la variété de fibrome dit *sous-conjonctival*, variété à laquelle appartient notre cas.

C'est au dispensaire de M le docteur Pansier, que nous avons vu et pu suivre la malade dont nous relatons l'observation. Notre excellent ami ayant, avec son obligeance si connue, et dont nous lui saurons toujours gré, attiré notre attention sur la rareté du fait, nous avons tâché de le commenter, avec d'autant plus d'empressement, que c'était pour nous un sujet facile et de courte étude, toutes choses en rapport avec les forces et le temps dont nous disposions.

M. le professeur Truc, au service duquel nous avons rempli nos premières fonctions d'externe, a bien voulu, approuvant notre choix, accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de croire à toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait, après nous avoir toujours témoigné une bienveillance sans bornes. Nos regrets de ne pouvoir lui payer plus noble tribut en sont d'autant augmentés.

De longue date nous avons aussi à nous acquitter d'une dette de reconnaissance envers M. le professeur Granel et MM. les professeurs-agrégés Gilis et Ducamp ; qu'ils veuillent bien accepter la part à laquelle ils ont si largement droit.

Interne des Hôpitaux d'Avignon pendant plus de deux années, nous avons trouvé dans nos chefs de service d'excellents maîtres et des conseillers bienveillants ; leur rendre ce public

hommage est pour nous un devoir que nous ne croirons jamais assez bien remplir.

Enfin, que tous ceux qui, de cœur ou d'esprit, nous ont aidé dans nos études médicales, soient assurés de notre entier dévouement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547928_0118

SUR UN CAS
DE
FIBROME ANTÉRIEUR
DE L'ORBITE

ANATOMIE

Réceptacle protecteur du globe oculaire, l'orbite est assez justement comparé par les classiques à une pyramide quadrangulaire dont la base regarde en avant et en dehors et le sommet en arrière et en dedans.

Une aponévrose lâche au milieu et résistante sur ses bords, l'aponévrose de Ténon, divise la cavité en deux loges nettement séparées ; le globe oculaire occupe la loge antérieure où il peut facilement glisser dans une véritable cupule que lui forme l'aponévrose ; vaisseaux, muscles, nerfs, tissu cellulaire occupent la loge postérieure.

Signalons en outre, à l'angle supérieur et externe de l'orbite, la glande lacrymale engainée par le périoste orbitaire.

Des parois d'une minceur extrême (la paroi externe seule est relativement épaisse), des orifices de communication (trou

optique, fentes sphénoïdales, fente sphéno-maxillaire ; canal nasal ; base de la pyramide), une grande variété de tissus ou d'organes contenus dans la cavité, il n'en fallait pas davantage pour faire de l'orbite une région particulièrement apte à l'envahissement ou au développement sur place de productions morbides extrêmement variées.

« Il n'est pas de produit avec ou sans analogue, qui n'ait été trouvé dans l'orbite, dit Vidal de Cassis ; toutes les formes possibles de tissus dégénérés ou non y ont été observées, et ces circonstances expliquent les difficultés qu'on rencontre toutes les fois qu'on veut parvenir à un diagnostic complet ».

Et Velpeau, plus explicitement : « Dans un espace aussi restreint que l'orbite, on peut rencontrer toutes les maladies qui attaquent le corps humain. »

En effet, sans parler des tumeurs qui pénètrent dans l'orbite après avoir pris naissance dans un point plus ou moins éloigné et pour s'en tenir à celles qui unissent des éléments constitutifs de la cavité, on peut observer :

1° Parmi les maladies inflammatoires, le phlegmon, la périostite, l'ostéite, la phlébite, l'abcès, la carie, la nécrose.

2° Parmi les maladies non inflammatoires, les tumeurs liquides, comprenant les différentes espèces de kystes et les tumeurs sanguines : anévrysmes, tumeurs érectiles, épanchement de sang.

3° Les tumeurs solides de nature bénigne, telles que l'hypertrophie du tissu cellulaire, le lipome, *les tumeurs fibreuses* ; l'hypertrophie de la glande lacrymale.

4° Les tumeurs solides de mauvaise nature, telles sont les différentes formes du cancer, squirrhe, encéphaloïde, mélanose.

5° Les tumeurs osseuses, exostoses, hyperostoses.

Quelque imparfaite que puisse paraître cette classification

empruntée à Bogros (thèse de Paris, 1854), nous avons tenu à la rapporter pour ce double fait, que, tout en justifiant l'assertion de Velpeau, elle est, comme on le verra dans l'histoire qui va suivre, la première à comprendre les *tumeurs fibreuses*.

Il nous a paru intéressant, au risque de nous écarter légèrement des limites de notre sujet, de donner un aperçu général sur l'étude du fibrome à travers ces dernières années.

A ce propos, nous nous faisons un devoir de dire que le catalogue général des thèses d'oculistique dressé par M. Jalabert à la Clinique d'Ophtalmologie, nous a été d'un précieux secours pour la bibliographie ; c'est là une œuvre vraiment utile et qui sera, nous n'en doutons pas, très souvent utilisée.

HISTORIQUE.

Si *Hope* (*Philosophical transactions*, 1744-1745) est le premier à décrire une tumeur fibreuse intra-orbitaire, on voit après lui, au commencement du siècle, *Sichel* n'en faire même pas mention dans son *Iconographie*.

Beylier (thèse de Strasbourg 1845), parlant des tumeurs qui, comme les kystes, ont une enveloppe celluleuse, englobe sous la dénomination d'orbitocèles enkystées, les lipomes, les kystes et les sarcomes, et ne dit rien des fibromes.

Dugenet (thèse de Paris 1852), adoptant la division de *Tavignot*, partage les tumeurs intra-oculaires en huit genres, auxquels il en ajoute un neuvième : l'hypertrophie et l'œdème du tissu cellulaire.

Il décrit tour à tour : 1° le phlegmon ; 2° l'hypertrophie et l'œdème ; 3° les abcès chroniques ; 4° le lipome ; 5° les kystes ; 6° les cancers ; 7° les exostoses ; 8° les anévrysmes ; 9° les tumeurs érectiles, mais de *fibrome*, point.

Tortel (thèse de Montpellier 1853) comprend sous le nom d'orbitocèles ostéiques, toutes les tumeurs formées par un tissu osseux, fibreux et cartilagineux, et cite une observation de *Tyrrel*. Il s'agit d'une tumeur placée à la partie supérieure de l'orbite, immédiatement au-dessous du sourcil, *ferme*, très peu élastique, qui semble formée de tissu *fibreux*.

Demarquay (thèse d'agrégation, Paris 1^{er} juin 1853), parlant des tumeurs de l'orbite, en décrit magistralement les diverses variétés ; il comprend dans sa nomenclature le *lipome* lui-

même, qu'il dit pourtant être une affection peu connue, soupçonnée plutôt que décrite par Demours, mais il est muet sur le *fibrome*.

On lui doit, cependant, cette justice, que sept ans plus tard (1860), publiant son *Traité des tumeurs de l'orbite*, il répare amplement son oubli et rapporte, entre autres observations intéressantes, celle de Critchett (1852), avec *examen histologique à l'appui*.

Bogros (thèse de Paris 1854) comprend, ainsi qu'on l'a vu plus haut, *les tumeurs fibreuses* au nombre des néoplasies qu'on peut rencontrer dans l'orbite.

Il en cite deux cas : 1° le cas envoyé au *docteur Mead par Thomas Hope* : « La tumeur s'étendait du grand angle de l'œil jusqu'au petit angle et se prolongeait d'un pouce sur la joue, sous la paupière inférieure ; elle était formée de substance charnue aussi dure qu'un cartilage, calleuse, adhérent au globe oculaire » ;

2° Le cas de *Middlemore* : « Tumeur fibreuse dans la gaine du nerf optique. » London, *Med. Gaz.*, 1838.

« En écartant les paupières, on reconnaissait une tuméfaction à la partie supérieure et externe de l'œil. La gaine du nerf optique était fort dilatée par une tumeur de couleur jaunâtre et d'une texture intermédiaire entre celle des polypes muqueux et fibreux des fosses nasales.

Par la macération dans l'esprit-de-vin, elle a pris un aspect ferme, fibreux et blanchâtre. »

De Foresta (Paris 1854), faisant le diagnostic différentiel entre les orbitocèles enkystées (kystes) et les auteurs tumeurs de l'orbite, ne comprend pas les fibromes au nombre de ces dernières.

Shinkwin (1855, Archives d'ophtalmologie de Jamin, n° 4, page 203), décrit une tumeur de l'orbite gauche ; mais sa nature

fibreuse est fortement suspectée par *Ussel* (thèse de Paris 1888-89, page 14).

« *Les tumeurs fibreuses* de l'orbite, dit *Fleys* (thèse de Paris 1865), ont été observées par plusieurs chirurgiens ; elles sont, cependant, assez rares, et leur structure présente quelques variétés. Parfois elles sont enkystées et l'extraction en est alors rendue plus facile ; ailleurs, elles présentent de nombreuses adhérences.

Ces tumeurs n'ont pas de signes caractéristiques et *le plus souvent on n'arrive au diagnostic que par exclusion.* »

Chauvel (Dictionnaire encyclopédique, article : Orbite) rapporte une observation de fibrome kystique de l'orbite, observation due à *Schiess-Gemusæus*, 1867.

Les *Annales d'oculistique* de 1868, de 1872, publient des observations puisées dans les journaux étrangers.

Le Recueil de 1874, tome LXXI, page 156, sous le titre de *Fibrome de la sclérotique*, donne une observation de *Sæmisch de Bonn* : « On crut à une tumeur intra-oculaire ; elle siégeait sur la moitié postéro-interne du bulbe ; l'examen microscopique fit trouver le nerf optique normal, un *fibrome de la sclérotique*, qui semble être le seul cas connu. »

Huc (thèse de Paris 1882) décrit et représente une tumeur constituée par du tissu fibreux ; mais la présence au milieu des faisceaux de nombreux éléments arrondis ou ovalaires, lui fait porter le diagnostic de *fibro-sarcome*.

La remarquable thèse de *Jocqs* (Des tumeurs du nerf optique : Paris, 1887), marque une étape importante du *fibrome dans l'orbite*. L'auteur y fournit des données très précises et cite à leur appui de nombreuses observations parmi lesquelles celles de MM. Parizotti et Despagne. « La tumeur est formée de fibres conjonctives formant par leur réunion des faisceaux disposés en tous sens et s'entre-laçant de tous côtés. Ce tissu est très compacte ; seulement

quelques traces de vaisseaux à la périphérie. Nulle part des cellules d'une espèce quelconque en dehors de celles qui sont propres au tissu conjonctif. »

Il nous paraît évident, ajoute Jocqs, que la tumeur était composée *uniquement* de tissu fibreux et qu'on se trouvait en présence d'un *fibrome pur du nerf optique*.

On ne saurait être plus affirmatif et devant pareille assertion la question semble définitivement tranchée ; cependant, la même année, *Malpas* (1887, thèse de Paris), accordant une large part aux sarcomes et au *fibro-sarcome* dont il fait la *variété la plus fréquente*, n'hésite pas à dire : « Le *fibrome* et l'*anchondrome* sont niés par Berlin. » Cette exclusion, il est vrai, ne paraît pas avoir eu beaucoup d'écho.

Dans les *Annales d'oculistique* (juillet, août 1888, p. 91, t. C), nous relevons deux cas de fibrome de la cornée, extraits de l'*Ophthalmic Review*, Jan. et July, 1887, et dus l'un à Benson, l'autre à Scott et Stong.

Rhomer (Revue des sciences médicales, tome XXXIV, 1889), rapporte le cas d'un fibrome développé sur une cicatrice de la cornée. « L'examen microscopique permet de voir qu'il y avait eu hypertrophie du tissu cicatriciel avec production de vaisseaux comme cela se passe toujours dans les cicatrices de la cornée ; enfin la cicatrice irritée s'était infiltrée de noyaux fort nombreux qui ont donné lieu à cette tumeur qu'on a diagnostiquée : *fibrome*. »

Nous arrivons enfin à l'excellent travail d'*Ussel* (Thèse de Paris, 1889 : *Le fibrome dans l'orbite*) qui résume la plupart des observations intéressantes parues sur le sujet et qui « termine la littérature médicale du fibrome de l'orbite », par une observation due à M. le professeur-agrégé Piéchaud.

Nous nous sommes largement inspirés de cette dernière publication, dans laquelle nous avons même puisé les observations que nous reproduisons *in extenso*.

L'auteur divise les fibromes en deux grands groupes : ceux développés dans la loge postérieure de l'orbite, ceux développés dans la loge antérieure. Nous avons à peine mentionné les premiers dont nous ne pouvons aborder l'étude ; parmi les seconds nous avons fait un choix. Notre but n'étant pas de décrire en détail les diverses variétés de fibromes antérieurs, qu'il nous suffise de dire, ainsi que cela ressort de l'historique, que leur siège est très variable : cornée, sclérotique, périoste, tissu cellulaire sous-cutané, sous-conjonctival.

C'est surtout vers cette dernière variété que nous avons dirigé nos recherches, et, colligeant quelques observations qui nous ont paru pouvoir compléter la nôtre, nous les avons rapportées à la suite du chapitre suivant : *Anatomie pathologique du fibrome*, de façon à pouvoir les discuter ensuite et en tirer quelques conclusions. La nature franchement fibreuse de ces productions morbides ayant été niée, voyons d'abord ce qu'il faut entendre par fibrome en général ; nous pourrons ensuite établir par comparaison si le titre de fibrome peut réellement être donné à certaines tumeurs de l'orbite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fibromes sont des tumeurs bénignes qui appartiennent au type vasculo-connectif. Ils prennent place à côté du lipome, de l'endothéliome, etc... formés comme eux de cellules conjonctives adultes et affectent une parenté directe avec les sarcomes et les myxomes, qui eux aussi ont pour éléments constitutifs des cellules conjonctives, mais des cellules conjonctives à l'état embryonnaire.

Ce cachet familial explique jusqu'à un certain point les aberrations morphologiques des fibromes.

N'est pas fibrome toute tumeur qui contient des éléments autres que ceux du tissu conjonctif sous forme de fibres lamineuses et de cellules connectives.

La présence au milieu de ces éléments de cellules embryonnaires implique l'idée de *sarcome* ; des cellules polymorphes viennent-elles se loger entre les travées fibreuses, la tumeur doit être considérée comme *carcinome*.

Tantôt les éléments fibreux sont parallèles, disposés en lamelles aplaties, dures, non vasculaires, développées à la surface des séreuses, c'est le fibrome *lamelleux* ; tantôt ils forment des faisceaux entrecroisés et constituent des lobules que réunit du tissu conjonctif lâche, dans lequel pénètrent des vaisseaux, c'est le fibrome *fasciculé*. Ce dernier seul existe dans l'orbite, ainsi que le fait très justement observer Ussel (*loco citato*).

On se trouve généralement en présence d'une tumeur de

volume variable, le plus souvent formée de lobes juxtaposés dont le tissu, criant sous le scalpel, apparaît, à la coupe, blanc nacré ou rosé.

La surface de section n'est pas toujours unie ; suivant l'âge de la tumeur, on peut y rencontrer des foyers de désintégration, des infiltrations calcaires ou au contraire des foyers caséeux en voie de ramollissement, rarement des kystes, des îlots graisseux et, si l'on a affaire à un fibrome molluscoïde, des cellules lymphatiques dans des loges distendues par un liquide jaunâtre, albumineux.

Une simple dissociation de la tumeur permet déjà de reconnaître les fibres connectives, de rares cellules et noyaux.

On recourt généralement au durcissement dans l'alcool et coloration au carmin, procédé qui donne des renseignements précis sur les coupes obtenues.

Un tissu conjonctif lâche unit les lobes ; il est pourvu de lymphatiques et peut-être de nerfs.

Les vaisseaux sanguins affectent des dispositions variables de structure et de parcours ; d'une façon générale ils sont peu nombreux. Les uns arrivent jusqu'au centre des lobes qu'ils irriguent, dont ils empêchent la nécrobiose ; les autres au contraire s'arrêtant à la périphérie, on voit la partie centrale des lobes correspondants, dégénérer faute de nutrition ; c'est alors qu'on observe les dépôts calcaires et les foyers ramollis. Nous empruntons à la thèse d'Ussel (Paris 1889) la description des parties centrales.

Au centre, « les fibres connectives se groupent pour former plusieurs amas serrés, où un fort grossissement seul peut permettre de distinguer les éléments constitutifs ; là les fibres sont parallèles et plus ou moins ondulées ; plus loin elles sont inextricablement entrelacées et disposées dans tous les sens ; les cellules connectives étoilées à noyau forment un réseau ininterrompu autour des fibres. Entre les

fibres on voit un tissu hyalin parcouru d'un tissu lâche de fibrilles très délicées.

Les vaisseaux sont plus ou moins nombreux, *toujours munis d'une paroi propre* qui comprend, du centre à la périphérie, une couche endothéliale dont les noyaux, vivement imprégnés de carmin, apparaissent sous l'aspect d'une ligne rouge non interrompue, circulaire sur une coupe transversale et droite sur une coupe longitudinale du vaisseau et une couche épaisse de fibres concentriques qui, vers la périphérie, se confondent avec les fibres de la tumeur ; c'est là un des caractères essentiels du fibrome, que l'on ne retrouve pas dans les tumeurs sarcomateuses dont les vaisseaux sont pour ainsi dire creusés au milieu de leurs cellules rondes ou fusiformes. »

Les fibromes se distinguent des autres tumeurs à stroma fibreux, carcinomes, épithéliomes, myomes, par l'absence d'alvéoles, d'îlots épithéliaux, de fibres musculaires (Cornil et Ranvier).

Voici maintenant quelques observations ; nous nous sommes contentés des plus probantes, celles que l'examen histologique soigneusement fait permet de considérer comme valables et de comparer comme aspect micrographique à la description ci-dessus détaillée du fibrome en général.

OBSERVATION PREMIERE

(Inédite.)

M^{lle} X..., 27 ans, vient trouver M. le docteur Pansier pour une tumeur à l'œil gauche ; cette tumeur a débuté il y a *dix ans* sous l'angle externe ; peu à peu elle a augmenté ; tandis que se produisait un peu d'exophtalmie, ont apparu des douleurs névralgiques péri-oculaires, surtout le soir.

La malade a été traitée par divers moyens : on a essayé la compression, des pommades variées autour de l'orbite et dans l'œil, et finalement les iodiques à haute dose.

Lassée, la malade a abandonné tout traitement depuis quelques années.

La recrudescence des douleurs névralgiques l'a amenée à se faire examiner à nouveau.

14 octobre, O. G. — L'angle externe est soulevé par une tumeur sous-conjonctivale assez volumineuse ; le globe est repoussé en dedans, les mouvements en dehors sont limités, et la diplopie apparaît dès que la malade regarde à gauche. En écartant les paupières, l'œil de la malade tourné en dedans, on voit proéminer une masse jaunâtre du volume de la moitié d'une noix, un peu aplatie.

Cette tumeur est molle au toucher ; on perçoit deux prolongements plus durs, dont l'un paraît se diriger dans la paupière inférieure, vers le périoste du rebord orbitaire ; l'autre s'engage un peu en dehors et en arrière.

La tumeur ne semble avoir aucune connexion avec les glandes lacrymales, principale ou accessoire.

Légère exophthalmie. Vision normale. — La malade raconte qu'on a fait plusieurs fois et sans résultat aucun des ponctions dans la tumeur ; l'idée de kyste est par cela même éliminée.

La lenteur du développement ne nous permettait pas de songer à une tumeur cancéreuse. L'absence de bruit de souffle, de pulsation du globe empêchait de croire à une tumeur vasculaire.

Quant à pencher vers le diagnostic d'adénome de la glande lacrymale, cela ne pouvait être, la tumeur ne présentant pas de connexion apparente avec cet organe, d'ailleurs bien isolé dans sa loge.

Nous pensâmes, avec notre excellent ami M. le docteur Pansier, qu'il s'agissait d'un lipome sous-conjonctival. L'opération fut tentée quelque temps après. Incision partant de la cornée et aboutissant à la commissure externe.

La conjonctive dure, épaissie, recouvre une couche de graisse que l'opérateur enlève soigneusement. Alors apparaît une tumeur dure, criant sous les ciseaux, bilobée.

Le lobe supérieur s'enfonce dans l'orbite, paraissant se diriger en arrière et en dehors vers la paroi ; le lobe inférieur vient se perdre dans la paupière inférieure, sur le périoste du rebord orbitaire.

Pour extirper complètement la tumeur, il aurait fallu soit ouvrir largement l'angle palpébral, soit faire une incision verticale en dehors des paupières, de façon à rabattre l'angle externe.

Sur le refus de la malade et de l'entourage, M. Pansier se borna, pendant que nous écartions fortement les paupières, à exciser la tumeur aussi profondément que le permettait

l'étroitesse du champ opératoire. Notons que l'œil se luxé pendant ce dernier temps de l'intervention.

Suture de la plaie sans drain. La guérison s'est effectuée sans incidents. L'exophtalmie a diminué, mais la tumeur est encore nettement perceptible à l'angle externe. *Les douleurs périoculaires ont cessé.*

L'examen microscopique fait à la clinique ophtalmologique de Montpellier par M. le professeur Ducamp peut être ainsi résumé : on aperçoit de nombreux faisceaux de tissu conjonctif ; ces faisceaux ondulés, ou disposés parallèlement, laissent entre eux des espaces occupés par des cellules connectives.

Un certain nombre de faisceaux fibreux sont réunis les uns aux autres par un tissu conjonctif lâche contenant des vaisseaux.

On ne constate les éléments d'aucun autre tissu, ni fibres élastiques, ni cellules embryonnaires, ni substance muqueuse.

OBSERVATION II

Due au docteur Fano, professeur-agrégé à la Faculté de Paris (Journal d'oculistique et de chirurgie, février 1888).

Tumeur *fibreuse* sous-cutanée du grand angle de l'orbite droit. Extirpation de la production morbide. Guérison rapide.

La dame F..., âgée de 33 ans, domestique, se présente à la clinique de l'Institut ophtalmologique dans les premiers jours de novembre dernier.

Elle vient consulter pour une parésie du muscle abducteur de l'œil droit. Elle ne se préoccupe pas de l'existence, au niveau du grand angle de cet œil, d'une tumeur qui présente les caractères suivants :

Cette tumeur est en quelque sorte à cheval sur le tendon direct de l'orbiculaire des paupières. Elle a le volume d'un petit haricot flageolet à grand diamètre transversal, à petit diamètre vertical. Elle est de consistance ferme, à surface égale partout, mobile en tous sens sous la peau et sur la surface osseuse subjacente. La peau qui la recouvre n'offre aucune adhérence avec elle et a conservé sa coloration normale. Elle est indolente par elle-même et à la pression. Elle n'occasionne aucune gêne.

La production morbide est bien sous-cutanée, car la contraction de l'orbiculaire qui se produit quand on commande à la patiente de fermer fortement les paupières n'en diminue pas la mobilité.

Au dire de la malade, la tumeur existe depuis *huit ans*, et

a présenté, dès son apparition, le volume qu'elle a actuellement.

Le 22 novembre, je procède à l'extirpation de la tumeur ; la peau qui la recouvre ayant été incisée, j'enuclée la production morbide avec l'extrémité d'une spatule.

Ecoulement sanguin modéré ; pansement avec coton phéniqué. Au bout de trois jours, les bords de la plaie cutanée sont réunis. Aucun accident consécutif.

La tumeur enlevée présente la grosseur et la forme d'un petit haricot flageolet, de coloration grisâtre, à surface bien lisse ; elle est *très consistante* et offre sur plusieurs points de sa surface un petit point rouge, indiquant le lieu de pénétration des vaisseaux sanguins dans l'intérieur de son tissu. En divisant la tumeur en deux, suivant le diamètre vertical, la surface de la coupe est de coloration grisâtre et de forte consistance. En grattant cette surface de section on relève quelques gouttes de liquide.

Examen histologique : au microscope, la tumeur est constituée exclusivement de tissu fibreux, c'est-à-dire par une substance fondamentale disposée en faisceaux, au milieu de laquelle sont des cellules plastiques anastomosées ensemble. Ces cellules, pleines de protoplasma, possèdent un noyau. Des vaisseaux adhèrent au tissu de la tumeur.

A la coupe on constate une texture serrée, de couleur jaune blanchâtre, avec des vaisseaux artériels et veineux. La surface de section est demi-molle et laisse transsuder un suc blanchâtre offrant quelque ressemblance avec le suc cancéreux.

OBSERVATION III

(Clinique ophtalmologique du Dr Galezowski, 1880-1881). Dr Despagne.
Tumeur fibreuse de la région du sac lacrymal gauche développé depuis 16 ans.

M^{lle} Joséphine Pichon, 23 ans, confectionneuse, rue Crozatier, 18, à Paris, se présente à la consultation le jeudi 1^{er} juillet 1880. Elle n'a aucun mal, nous dit-elle, elle vient tout simplement demander conseil pour une grosseur qu'elle porte à l'angle interne de l'œil gauche depuis l'âge de sept ans, et qui, dans ces derniers temps, semble avoir pris un plus grand développement. Bien qu'elle n'en soit nullement incommodée, la malade s'inquiète de la voir grossir et demande ce qu'on pourrait faire.

L'œil et la paupière sont normaux. Pas de déformation de l'angle interne, pas de déviation du point lacrymal, pas de larmolement. L'injection poussée dans le sac lacrymal et le canal nasal, passe sans difficulté.

A l'angle interne, sur la paroi gauche du nez et à sa racine, en un mot, dans toute la région antérieure du sac lacrymal, on trouve une saillie de la grosseur d'une amande, prenant naissance tout-à-fait à la racine du nez et se dirigeant en bas, de dedans en dehors. Si on touche avec le doigt, on sent une tumeur *bilobaire, arrondie, très dure*, mobile par son extrémité inférieure, fixe au contraire par sa partie supérieure, et enkystée en quelque sorte.

La pression dans tous les sens ne provoque aucune sensation douloureuse. La peau qui recouvre la grosseur est nor-

male et ne témoigne d'aucune inflammation dont cette région aurait pu être autrefois le siège. La tumeur occupe évidemment la partie antérieure du sac, puisque les voies lacrymales sont libres. Les os du nez n'ont rien de commun avec le développement de cette néoplasie, car dans tout le voisinage, on ne trouve aucune trace d'exostose ou de périostite.

Nous avons dit que la tumeur était bilobaire et se dirigeait de haut en bas et de dedans en dehors ; la partie inférieure, qui est mobile, semble bifurquée et on croit sentir deux grosseurs distinctes, tandis qu'en haut, on ne sent qu'une seule tumeur enkystée.

Cette tumeur, au début, s'était développée *progressivement*, puis était restée *stationnaire*. Dans ces derniers temps, elle avait subi une *nouvelle poussée*, et la partie inférieure s'allongeait, nous dit la malade.

Tous les diagnostics et toutes les hypothèses ont successivement été émis par les nombreux médecins qui se sont trouvés là. Néanmoins, après exclusion, on semblait être d'accord pour s'arrêter à l'idée de productions calcaires. Quoi qu'il en soit, l'extirpation de la grosseur est proposée et la malade s'y soumet immédiatement.

On fait une incision verticale sur toute la partie antérieure de la tumeur, et on la met à découvert. Du coup on reconnaît l'erreur de toutes les hypothèses émises. Ce n'est ni une affection osseuse, ni une production calcaire. C'est une tumeur *blanche nacrée, excessivement dure*.

La partie inférieure est libre, la partie supérieure très adhérente à la paroi du sac et on a quelques difficultés à la détacher avec la spatule. Néanmoins elle cède après quelques efforts. L'opération a été toute simple et sans accidents.

La tumeur est oblongue et a environ 15 millimètres de long. Elle est blanche nacrée, très dure ; *on dirait du cartilage*.

On suture les bords de la plaie et on fait un pansement compressif, arrosé d'une solution phéniquée. Le lendemain la coaptation était complète ; pas de suppuration.

La pièce fut portée au laboratoire de M. Ranvier. On en fit des coupes, et voici le résultat de l'examen communiqué par mon excellent ami, le D^r Lopez :

Les coupes sont colorées au picro-carminate et conservées dans la glycérine. Portées sous le champ du microscope, on les trouve constituées par du tissu conjonctif dense, disposé en faisceaux dont les uns se voient coupés longitudinalement et les autres transversalement. Dans certains points de la périphérie, au milieu des faisceaux et entre eux, se voient un petit nombre de vaisseaux coupés en divers sens et remplis de globules altérés. De l'ensemble de ces caractères on peut conclure que la tumeur est un *fibrome fasciculé*.

OBSERVATION IV

Extrait des leçons cliniques de M. le professeur agrégé Piéchaud.

Sur un cas de tumeur de l'orbite.

Il s'agit d'une petite fille de 11 ans et demi, bretonne de naissance, fort intelligente, qui répond avec précision à toutes nos questions et nous donne des renseignements très nets sur le développement de son mal. Elle porte, au-dessous du sourcil gauche, une tumeur oblongue dans le sens du bord orbitaire supérieur, qui a porté en haut le sourcil et abaissé en bas la paupière, en même temps qu'elle imprime encore au globe oculaire un léger mouvement de dépression qui le fait paraître plus petit que celui du côté droit.

Et cette tumeur *date de loin*; son origine paraît remonter à l'âge de 3 ans; jusque-là, l'enfant jouit d'une santé parfaite, elle n'eut aucune manifestation de la scrofule, ne fit point de fièvres éruptives, ne subit *aucun traumatisme*, n'eut enfin aucune affection oculaire.

Elle avait 3 ans, quand on remarqua chez elle que son *œil gauche devenait plus saillant*, et déjà ses petites compagnes l'appelaient : « gros œil », ce qui lui déplaisait fort.

La tuméfaction se compliqua bientôt de *douleurs légères* irrégulières dans leur apparition, lancinantes, qui, à mesure que l'enfant grandit, ajoutèrent à ses préoccupations et lui firent prendre la résolution de guérir par n'importe quel moyen. Je ne pense rien d'une conjonctivite violente, accom-

pagnée d'un écoulement considérable, paraît-il, survenue il y a deux ans : elle dut être ce que sont les conjonctivites catarrhales, plus ou moins violente, fortuite dans son apparition, mais sans relation directe avec la lésion qui nous occupe.

On ne sait point si cette tumeur a présenté des accidents dans son évolution, a été soumise à des poussées alternant avec des moments de calme.

Elle a acquis un certain volume, a été peu douloureuse, *mais jamais n'a déterminé de troubles du côté de la vision*. Il suffit, pour s'en convaincre, du reste, de fixer un instant la région malade : l'œil exécute bien tous ses mouvements, la pupille est semblable à celle du côté opposé et se contracte comme elle.

Examinons avec attention cette tumeur, Messieurs, et cherchons dans ces caractères cliniques les éléments d'un diagnostic précis.

La région orbitaire est saillante, vous ai-je dit. Tout d'abord, ce qui frappe le plus, est un léger ptosis de la paupière supérieure et un effacement du sillon orbito-palpébral supérieur amenant l'abaissement de la paupière et le refoulement en haut du sourcil. On se rend aussi bien compte de la dépression légère qu'a subie le globe oculaire. Les deux pupilles ne paraissent pas exactement au même niveau.

Enfin, le globe oculaire, mobile en tous sens, a son aspect normal ; la vision est parfaite.

La tumeur ne forme pas, en dehors de l'orbite, une saillie considérable ; elle représente assez bien ce que donnerait dans le même point un épaissement, une infiltration du tissu cellulaire de l'orbite. Aspect normal de la peau, sauf quelques dilatations de veinules qu'on voit par transparence.

Au palper, on sent d'abord une résistance pâteuse, diffuse, qui disparaît en partie quand on presse d'avant en arrière, comme si la masse pouvait être réduite vers le fond de l'orbite. Rien ne

rappelle la fluctuation, rien n'indique davantage qu'il existe de la réductibilité, car, sans battements, sans pulsation, *la tumeur seulement refoulée reparait aussitôt.*

Par un palper méthodique, délicat, on arrive bientôt à retrouver au milieu des tissus épaissis une tuméfaction, *un globe dur, résistant, multilobé* et étendu transversalement au-dessus de la paupière supérieure.

On distingue un lobe central offrant à peu près le volume d'un pois, ayant à sa droite et à sa gauche un autre lobule comparable à un gros grain de blé.

Ces diverses parties sont dures, comparables à du tissu fibreux serré ou à du cartilage, *mobiles de toutes parts.*

Au-dessus de la tumeur, le bord orbitaire n'a pas de forme régulière, il est légèrement excavé, et l'on pourrait croire déjà qu'il existe une de ces tumeurs congénitales de nature kystique, liées à l'évolution troublée des bourgeons faciaux et qui sont toujours voisines du sourcil.

En dehors, la petite tumeur se prolonge, s'effile, et il semble que vers l'angle externe de l'œil elle soit maintenue plus immobile par un petit tractus de tissu conjonctif épaissi.

En dedans, elle ne tient à rien et flotte librement au milieu des parties molles.

Profondément, vous le savez, *elle s'enfonce vers la cavité orbitaire*, fuit sous les doigts qui l'explorent ; mais quand, entre le pouce et l'indicateur, on la saisit pour la ramener en avant, on éprouve une certaine résistance, et il semble qu'on retrouve encore là un petit prolongement qui va s'effaçant, diminuant de volume à mesure qu'il disparaît dans l'orbite.

Dans son ensemble, la tumeur est libre de toutes parts ; l'encoche qu'on retrouve sur le rebord orbitaire doit être une déformation produite par le contact d'un corps assez volumi-

neux pressant, à mesure qu'il grandit, sur un périoste en activité de formation, puisqu'il s'agit d'une enfant.

La tuméfaction est limitée à la partie supérieure de l'orbite, il n'y a rien du côté du cul-de-sac oculo-palpébral inférieur; pas d'exophtalmie directe; santé excellente. Les douleurs légères ont disparu depuis trois mois.

Nous nous trouvons donc en présence d'une tumeur déjà ancienne, sans troubles fonctionnels de l'organe auprès duquel elle s'est lentement développée, bien voisine du rebord orbitaire sur lequel elle a creusé une légère encoche, à peine fixée sur les parties voisines par quelques liens fibreux lâches, mobile et multilobée, pénétrant d'autre part assez profondément dans l'orbite par un prolongement grêle, et offrant enfin une consistance dure.

.... Je crois au *fibrome*, non pas au fibrome développé dans la gangue d'un nerf, ayant pris naissance sur le périoste et les os, mais au fibrome simple, sans point de départ spécial, qu'il soit congénital ou acquis.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(Examen microscopique dicté par M. le Dr Suzanne)

I. — *Examen macroscopique*

La tumeur est allongée, dure, élastique, et présente des étranglements de distance en distance. Petite, en forme de cordon moniliforme, elle offre des prolongements filiformes.

II. — *Examen microscopique*

Avec un grossissement de 60 diamètres, la coupe de la tumeur présente deux lobes réunis entre eux par un pédicule grêle.

A la périphérie de la tumeur, on remarque une capsule formée de fibres parallèles très denses qui l'entourent dans toute son étendue. Dans l'épaisseur de cette capsule, on voit plusieurs vaisseaux où le grossissement ne permet pas de distinguer de paroi propre.

Ces deux lobes sont constitués par des travées fibreuses, réunies en faisceaux sinueux qui s'entre-croisent dans des sens différents, plus ou moins serrés suivant les régions où on les examine.

Dans le lobe le plus volumineux, les faisceaux fibreux sont dissociés, et l'on voit entre eux des cavités, irrégulières comme dimension et comme forme, qui sont remplies par une substance hyaline, transparente, parsemée de petites cellules rondes (lymphatiques) qui, dans certaines cavités, sont assez abondantes. Quelques vaisseaux.

Dans le second lobe, les faisceaux fibreux sont plus serrés surtout au centre.

Ici également, quelques vaisseaux.

Le pédicule étroit qui unit les deux lobes, offre un *tissu fibreux très dense*, ayant tous les caractères *normaux* du tissu connectif. A ce niveau, on voit des vaisseaux en assez grande abondance, de volume variable et gorgés de sang.

Examinée sous le grossissement de 380 diamètres, la tumeur s'offre à nous avec la plus grande netteté.

Dans le lobe le plus volumineux, nous voyons des fibres de tissu conjonctif réunies en faisceaux sinueux, s'entrecroisant dans des sens différents, et comprenant, dans leurs interstices, de nombreuses cellules lymphatiques. Dans les mailles formées par les faisceaux du tissu conjonctif, on voit une substance transparente, parcourue par de petites fibrilles pâles, extrêmement grêles, formant un *reticulum* très lâche.

Les vaisseaux, nombreux, offrent une *paroi propre*, très distincte ; une heureuse disposition de la coupe nous permet

de suivre, pendant un assez long espace, la lumière de plusieurs d'entre eux, coupés longitudinalement. Un, entre autres, coupé longitudinalement, nous laisse voir son embouchure dans le vaisseau voisin coupé transversalement. Sur les vaisseaux coupés longitudinalement, il nous est facile de suivre les deux bords du canal, nettement dessinés par les noyaux des cellules épithéliales qui revêtent leur intérieur. Au centre du vaisseau nous voyons des globules sanguins. Les cellules pavimenteuses épithéliales, qui délimitent la lumière du vaisseau, sont entourées de faisceaux fibreux serrés qui complètent la paroi vasculaire. Rien à signaler sur le second lobe ou sur le pédicule. Diagnostic : fibrome molluscoïde.

OBSERVATION V

(RÉSUMÉE)

Due à Critchett (*Medico-Times and Gazette*, 6 nov. 1852).

(Ussel, *loco citato*.)

Tumeur fibreuse de l'intérieur de l'orbite, extirpée en deux fois.

John Scarle, âgé de 28 ans, entre le 25 août 1852 au Royal ophtalmic hospital Moorsfield, à Londres, dans le service de M. Critchett.

La moitié inférieure de l'orbite droit est occupée par une tumeur solide, volumineuse, mal limitée, qui a fortement déplacé l'œil en avant, et l'a refoulé en haut et en dehors.

La paupière supérieure est distendue et dure, tandis que l'inférieure est renversée et laisse voir la conjonctive.

L'œil a subi un déplacement tel que le malade ne peut plus voir qu'en haut ; toutefois la vision est parfaite dans cette direction. On avait commencé à remarquer la saillie de l'œil il y a 15 mois ; le développement de la tumeur ne s'était accompagné d'autres douleurs que celle occasionnée par la compression exercée sur les parties voisines ; il ne se rappelait pas avoir jamais reçu de blessure ou de coup dans cette région. Il ne pensait pas que sa santé générale se fût le moins du monde altérée depuis l'apparition de la maladie.

Le malade, se croyant assez fort, ne fut pas soumis au chloroforme.

M. Critchett ayant d'abord incisé largement la conjonctive

renversée de la paupière inférieure, et l'ayant disséquée, mit à nu une *production solide et blanchâtre* dont on détacha plusieurs gros morceaux. Il survint une hémorragie considérable pendant la dissection, et la douleur fut si intense qu'on dut s'arrêter. Après avoir rempli la cavité de charpie, on renvoya le malade au lit. La portion retranchée de la tumeur était *ferme, raboteuse et d'une teinte gris pâle* ; lorsqu'on la déchirait, elle laissait voir des bandes de fibres parallèles et rayonnantes.

Sous le microscope, elle paraissait formée d'un *tissu fibreux blanc*, avec *beaucoup de cellules allongées*.

Il ne survint presque pas de troubles généraux après l'opération ; le malade sortit, quelque temps après, de l'hôpital.

La tumeur s'étant bientôt accrue au point de reprendre son volume primitif, on transféra le malade au London hospital, pour le soumettre à une seconde opération. La paupière inférieure était de nouveau renversée en dehors. La compression du globe de l'œil devenait de plus en plus douloureuse.

M. Critchett, le malade étant sous le chloroforme, disséqua au-devant de la tumeur la *conjonctive épaissie*, incisa avec précaution les adhérences de la tumeur aux parties avoisinantes, puis la saisit avec des pinces à dents, et, tirant fortement sur la tumeur, alla avec des *ciseaux courbes*, *détacher ses attaches postérieures*. Il amena au dehors une masse du volume d'une grosse noix, et, comme elle était enveloppée de toute part par une membrane fibreuse, il est probable qu'elle renfermait la totalité du mal. Mêmes apparences que la première portion enlevée ; cependant elle contenait dans sa substance de nombreuses particules osseuses, quelques kystes très petits à parois unies ; son tissu était difficile à écraser.

Suppuration assez abondante du tissu cellulaire de l'orbite ; aucune inflammation du globe de l'œil.

L'œil reprit insensiblement sa position ; la vision était parfaite ; le muscle droit inférieur était le seul qui ne fonctionnât pas bien.

Un second examen microscopique donna les *mêmes résultats que le premier*. On ne pouvait donc plus hésiter à classer cette affection parmi les tumeurs fibreuses. C'était une variété à texture un peu lâche, contenant des kystes et offrant, ainsi que cela se voit souvent des dépôts calcaires dans plusieurs de ses parties.

DISCUSSION

Que si, rapprochant et comparant ces quelques observations, sans faire intervenir la lenteur du développement de la tumeur ou l'absence de récurrence après un temps plus ou moins long, nous établissons un parallèle entre les données fournies par l'examen microscopique de ces tumeurs et les données connues de l'examen du fibrome pur, nous sommes frappés de l'analogie de la description et naturellement portés à affirmer l'existence du fibrome pur dans l'orbite.

« On ne constate, dit M. le professeur agrégé Ducamp (obs. I), les éléments d'*aucun autre tissu*, ni fibres élastiques, ni cellules embryonnaires, ni substance muqueuse. »

Au microscope, « la tumeur est constituée *exclusivement de tissu fibreux* (obs. II), c'est-à-dire par une substance fondamentale disposée en faisceaux, au milieu de laquelle sont des cellules plastiques anastomosées ensemble ».

« Les coupes sont constituées par *du tissu conjonctif*, dense, disposé en faisceaux, dont les uns se voient coupés longitudinalement et les autres transversalement (obs. III). »

Dans l'observation IV, la plus importante et aussi la plus longuement exposée, nous voyons les deux lobes de la tumeur, le pédicule constitués par des *travées fibreuses, réunies en faisceaux sinueux qui s'entre-croisent dans des sens différents*, plus ou moins serrés, suivant les régions où on les examine. C'est un tissu fibreux très dense, ayant tous les caractères

normaux du tissu connectif. Les vaisseaux offrent une paroi propre très distincte.

Enfin, dans l'observation V, la tumeur ferme, gris pâle, paraît sous le microscope, formée de tissu fibreux blanc, avec beaucoup de cellules allongées, laissant voir des bandes parallèles et rayonnantes.

C'est bien là ce qu'on est convenu d'appeler, non seulement fibrome, mais encore fibrome *pur*. On voit cependant de Wecker et Masselon (Manuel d'ophtalmologie) prétendre que les fibromes qu'on rencontre dans l'orbite sont des tumeurs cavernieuses ou des fibro-sarcomes très denses plutôt que des fibromes purs.

La raison de la difficulté du diagnostic est, ajoutent ces auteurs, que l'histologiste n'a d'autre guide pour se faire un jugement que le rapport entre le nombre de cellules et la masse intercellulaire. On comprend aisément que ce qui est pour l'un fibrome pur soit pour l'autre un fibro-sarcome. Lagrange (1), étudiant un cas de fibro-sarcome kystique de l'orbite, trace la ligne de démarcation :

« Par définition, le fibrome est composé de tissu conjonctif
» adulte, c'est-à-dire qu'on ne saurait, si l'on tient à parler
» un langage rigoureux, admettre dans sa constitution la
» présence de jeunes cellules embryonnaires.

» Le néoplasme que nous étudions présente, en certains
» points, cette structure purement fibreuse, mais on y trouve
» aussi bon nombre de cellules jeunes qui font penser au
» sarcome, tumeur faite essentiellement avec des éléments
» conjonctifs au début de leur évolution.

» Toutefois, il n'est pas douteux que le tissu fibreux pur
» l'emporte de beaucoup sur l'élément sarcomateux. Il

(1) Etudes sur les tumeurs de l'œil de l'orbite et des annexes, 1893, p. 239.

» convient d'appeler cette tumeur fibro-sarcome, mais le mot
» fibrome seul serait déjà très rapproché de la vérité.

« Il est même permis de penser que beaucoup de fibromes
» de l'orbite décrits dans ces derniers temps présentaient
» autant de tissu jeune que la tumeur dont il est question. »

Donc, certaines formes, les plus fréquentes, doivent être rangées parmi les fibro-sarcomes, quoique leurs caractères cliniques les rapprochent du fibrome ; certains autres sont *histologiquement et cliniquement du fibrome pur*.

Celles-ci sont de beaucoup plus rares ; mais, comme on le voit par les observations qui précèdent, il n'est plus permis aujourd'hui d'en nier l'existence. Nous nous contenterons de rappeler que les faits déjà nombreux signalés par Jocs (Paris 1887) ne laissent pas de doute sur l'existence du fibrome pur du nerf optique.

Nous avons compris dans l'historique de la question bon nombre d'observations indépendantes du sujet que nous nous étions tracé ; qu'il nous suffise de les avoir citées pour établir d'une façon définitive l'existence du fibrome non seulement dans la loge postérieure (nerf optique, périoste), mais aussi dans la loge antérieure (sclérotique cornée, sac lacrymal, etc...) et d'une façon non moins définitive, l'existence du fibrome *sous-conjonctival* qui fait particulièrement l'objet de cette étude.

C'est, en effet, à cette variété de fibrome développé dans le tissu cellulaire pré-sclérotical qu'appartient le cas que nous avons observé et à côté duquel nous avons rangé quatre observations empruntées à diverses sources et citées par Ussel. L'absence de troubles visuels, de signes ophtalmoscopiques, nous autorise à affirmer que le fibrome n'a pas débuté par la gaine du nerf optique. Mais d'autre part l'*exophtalmie signalée* montre que si la tumeur a été d'abord sous-cutanée ou mieux sous-conjonctivale elle

s'est enfoncée d'avant en arrière et a gagné la cavité orbitaire comprimant et repoussant le globe.

A ce point de vue l'observation du professeur Piéchaud (obs. IV) se rapproche beaucoup de la nôtre.

Nous y voyons la tumeur s'enfoncer vers la cavité orbitaire, fuyant sous les doigts qui l'explorent ; il semble qu'on retrouve un prolongement qui tend à disparaître dans l'orbite.

Dans notre cas, nous avons parfaitement saisi cette résistance pâteuse diffuse. disparaissant en partie quand on pressait d'avant en arrière *comme si la masse pouvait être réduite vers le fond de l'orbite.*

Cette marche envahissante en arrière et en profondeur a pour résultat, on le devine, l'exophtalmie plus ou moins prononcée. Mais au début même, l'œil peut, au contraire, être déprimé par la tumeur, de telle sorte qu'il paraît plus enfoncé, plus petit que celui du côté opposé.

Plus tard, la production morbide s'insinuant soit entre la sclérotique et l'aponévrose de Ténion, soit entre cette dernière dont elle aura plus ou moins décollé les insertions et la surface osseuse, le globe oculaire deviendra d'autant plus saillant que le fibrome se développera davantage.

Le fibrome sera devenu postérieur par envahissement et toutes les conséquences de la projection exorbitique, diplopie, amblyopie, photophobie, ectropion, épiphora, ophtalmie ulcéralive, ophtalgie, pourront être constatées.

Alors, le déplacement du globe sera directement en rapport avec le siège de la tumeur et pourra devenir tel que le malade ne verra que dans une direction donnée, en haut par exemple (obs. V), la vision étant d'ailleurs parfaite dans ce sens.

Les observations II et III ne présentent rien de particulier,

si ce n'est qu'elles ne laissent aucun doute sur la nature réellement fibreuse des tumeurs qui en font l'objet.

Quant à l'observation V, nous la rapprocherons de la nôtre plus particulièrement au point de vue opératoire. Après une incision transversale de la conjonctive épaissie et la dissection de cette muqueuse, M. Pansier dut inciser les adhérences de la tumeur aux tissus voisins et tenter avec des ciseaux courbes l'excision des attaches postérieures.

On a vu que l'ablation totale avait été impossible à cause de l'étroitesse du champ opératoire. Pour des considérations d'ordre esthétique, et ne voulant pas se résoudre à la chloroformisation qui lui eût épargné les souffrances d'une intervention plus énergique, la malade n'avait pas consenti à laisser l'opérateur aborder plus librement la tumeur en rabattant l'angle externe. Après l'injection d'une demi-seringue de Pravaz, de solution cocaïnée à 1/30, l'opération fut donc tentée dans les conditions rapportées plus haut, et l'intervention cessée lors de la luxation du globe oculaire. Il est permis de penser qu'il est resté de la tumeur une part égale à celle qui a été excisée, de même qu'il y a lieu de s'attendre à une nouvelle poussée. Nous voyons dans l'observation V la tumeur, bientôt accrue, reprendre son volume primitif, et l'état local du malade exiger une nouvelle intervention.

Dans pareil cas, en effet, la compression du globe de l'œil, malgré l'exorbitis qui peut se produire, devient intolérable, et c'est résultat enviable, bien que passager, d'obtenir la sédation et même la cessation (observation I) des douleurs périorbitaires et oculaires par une première intervention.

SYMPTOMATOLOGIE

DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT

Nous résumerons en quelques mots le tableau clinique du fibrome de la loge antérieure dont les symptômes essentiels ressortent, en quelque sorte, des observations qu'on vient de lire. Ces tumeurs, de volume variable, grain de blé, de mil, grosseur d'une châtaigne (observation I), d'une grosse noix (observation V) se développent lentement, 8, 10 ans (observations I, IV).

Au début, l'œil est refoulé dans l'orbite, au lieu d'être en exorbitis, ce dernier ne se produisant que si la tumeur a une marche rétrograde. Si son siège est à la partie supérieure de l'orbite, la paupière a parfois un certain degré de ptosis, tandis qu'il n'est pas rare d'observer de l'ectropion si le fibrome se développe à la partie inférieure.

Au point de vue subjectif, la douleur apparaît en première ligne ; nous la retrouvons dans les observations. C'est d'ailleurs un symptôme commun aux orbitocèles. Son intensité et son siège dépendent du siège de la tumeur ; mais la sensibilité excessive du globe, le nombre considérable de filets nerveux qui traversent l'orbite, le voisinage du cerveau, en empêchant une facile localisation de la douleur, ne permettent pas de retirer de signe diagnostique bien précis, soit de son siège, soit de son intensité.

Les mouvements de l'œil sont plus ou moins gênés suivant le volume et suivant le point occupé. Quelques mouvements seulement peuvent être gênés, ou au contraire, l'œil plaqué,

pour ainsi dire, contre une des parois de l'orbite, peut à peine se mouvoir et il n'y a de vision nette possible que dans un sens donné.

Du changement survenu dans la direction de l'axe visuel, il résulte, en pareil cas, les troubles fonctionnels inséparables d'une telle modification: diplopie ou amblyopie, le plus souvent l'une et l'autre. L'aplatissement du globe entraînerait des vices de réfraction.

On peut observer de l'épiphora, de la conjonctivite, parfois même, des troubles du côté de la cornée. Mais ce n'est pas là la symptomatologie classique, et le plus souvent, le malade ou mieux la malade, car c'est généralement le sexe féminin qui est atteint, vient vous consulter par pure considération esthétique.

Les caractères morphologiques de ces tumeurs sont assez nettement tracés dans les observations, pour que nous nous bornions à rappeler leur consistance cartilagineuse, leur mobilité, au moins relative, sinon complète, l'intégrité de la peau à leur surface.

Le diagnostic se fait par exclusion, car, ainsi que le dit Fleys (*loc. cit.*) ces tumeurs n'ont pas de signes nettement caractéristiques.

Le kyste dermoïde de la queue du sourcil, affection congénitale, par son siège, sa consistance moins ferme, la netteté de ses contours, ne peut guère arrêter en pareil cas.

Tout autre est l'adénome ou le sarcome de la glande lacrymale.

A ce propos, voici une observation de Richet (Tumeurs de l'orbite, 1886, p. 321), qui nous montre combien il est facile de confondre ces tumeurs. Il s'agit d'une néoplasie qui se développe sous l'arcade sourcilière, après apparition de quelques douleurs et d'hémorragie. Une ponction fut faite sans résultat. La tumeur occupait toute la paupière supérieure, le

globe était déjeté en bas et en dehors, il y avait de la diplopie ; la tumeur était composée de plusieurs lobes de consistance cartilagineuse. Son point d'origine était très obscur ; après ablation, on reconnut qu'il s'agissait d'un sarcome de la glande lacrymale ; le néoplasme avait envahi la glande lacrymale principale et la glande accessoire. Inutile d'ajouter que, dans ce cas, le traitement médical avait été aussi varié que le diagnostic incertain.

Certes, on a publié beaucoup d'erreurs dans le diagnostic des tumeurs, mais c'est assurément à propos des orbitocèles qu'elles abondent.

Le plus souvent, il n'est pas facile de saisir la tumeur pour en apprécier l'étendue, la forme ; il est impossible aussi de s'assurer de sa transparence ou de son opacité ; de sentir de tous côtés les tissus envahis, le point où cesse et celui où commence la lésion. La fluctuation, si elle existe, les degrés de consistance sont assez souvent dénaturés, la tumeur fuyant généralement sous le doigt explorateur.

Ces tumeurs, de petite étendue, à proéminence relative, à développement caché, n'ayant pas de signes diagnostiques propres, on a essayé des modes d'exploration plus précis et très acceptables, à condition d'être sagement exécutés ; nous voulons parler de l'acupuncture et de l'incision sous-cutanée.

La ponction capillaire peut être tentée sur des tumeurs qu'il serait imprudent d'aborder à plein bistouri ; mais quel résultat fournit-elle dans la plupart des cas ?

Nous la voyons renseigner sur la consistance de la tumeur (obs. V), mais aussi induire en erreur et faire croire à une tumeur sanguine, alors qu'il s'agit de tumeur solide, dont le centre est plus ou moins anévrysmatique.

Le docteur Badal cite un exemple très curieux qui laissa très longtemps le diagnostic en suspens. Une première ponc-

tion avait été négative ; ce qui n'empêcha pas la seconde de donner issue à des jets saccadés de sang. Il se fit dans l'orbite un épanchement abondant ; « l'infiltration sanguine arriva jusqu'aux paupières », et ce n'est qu'après un développement très marqué, que la tumeur solide, jusque-là prise pour une tumeur vasculaire, put être nettement perçue par le toucher.

Une troisième ponction, pratiquée à l'aide d'un trocart de petit calibre, donna la sensation d'une masse de consistance *fibreuse, très dense*, et quand le mandrin fut retiré, il s'écoula à peine quelques gouttelettes de sang. L'examen microscopique n'ayant pas été fait à cause de l'altération trop avancée du néoplasme, on n'a pas affirmé sa nature, bien qu'on ait pu penser être en présence d'un fibrome.

L'aiguille exploratrice peut faire justice des kystes de la glande lacrymale. Dans l'observation que nous rapportons, on avait, à plusieurs reprises et sans résultat, essayé ce procédé ; s'il peut permettre d'apprécier les rapports de la tumeur avec les os, de faire connaître si les parois participent à l'altération des parties, il n'en demeure pas moins dangereux, sinon difficile à manier.

M. Bouisson a insisté sur un genre d'exploration plus précis : l'incision sous-cutanée ou sous-conjonctivale à laquelle, d'après lui, est dévolu le droit de marquer « la transition entre l'opération diagnostique et l'opération thérapeutique, et qui devient, au moment de pratiquer une opération, le contrôle suprême de diagnostic. »

Lorsque le diagnostic de tumeur solide aura été porté, on serait autorisé à retrancher une petite portion de la tumeur, à diverses profondeurs, afin de déterminer macroscopiquement et microscopiquement la nature des tissus. L'intervention, dans le cas inédit rapporté plus haut (obs I^{re}), fut basée sur ces considérations et avait pour but :

- 1° L'excision au moins partielle de la tumeur ;
- 2° La détermination exacte par le microscope de la nature de la tumeur.

C'est ce qui a été fait.

Nous ne pensons pas, cependant, qu'on doive perdre de vue les reproches qu'on a faits à ce procédé et qui l'infirmement considérablement : dangers d'infection et développement plus rapide de tumeurs jusque-là demeurées silencieuses.

Les diverses variétés de cancer susceptibles de se développer dans la région antérieure de l'orbite offrent avec les téguments une adhérence constante.

Donc en pareil cas, pas de mobilité de la peau qui ne tarde pas à s'ulcérer, l'affection prenant une marche rapide, tandis que le malade revêt le facies spécial à la cachexie cancéreuse. La bénignité des fibromes est incontestable ; elle paraît assez nettement prouvée par les cas observés pour qu'on puisse l'affirmer à nouveau. Mais ici se place une des plus importantes questions de notre étude, celle des aberrations morphologiques.

De fait, on voit combien est peu tranchée, au point de vue anatomo-pathologique, la ligne de démarcation entre le fibrome pur et le fibro-sarcome ; on est en droit de se demander quel sera l'avenir d'une pareille tumeur et si le fibrome ne peut évoluer vers le sarcome. Or, comme il est établi depuis longtemps que la malignité d'une tumeur est d'autant plus accentuée que ses éléments se rapprochent plus du type embryonnaire, voici bien, si l'on admet cette transformation, de quoi rendre le chirurgien perplexe et de quoi désarmer la main prête à une intervention d'autant plus dangereuse qu'on aura plus de risques à faire une ablation incomplète.

Lagrange tranche la question par l'affirmative.

« Une tumeur bénigne peut se transformer en tumeur maligne et bien souvent dans un même néoplasme on trouve un mélange d'éléments sans grande tendance à la pullulation et à la récidence à côté d'éléments très dangereux. »

Ce sont souvent les tumeurs mixtes à nature mal définie, comme le cas cité par Lagrange, où les éléments fibroïques s'associent à des éléments sarcomateux, qui constituent la plus grande somme des tumeurs fibreuses à allures malignes. La transformation ne paraît pas douteuse. Nous trouvons relaté dans Ussel un exemple tiré de la *Revue d'Ophthalmologie* de 1883. Il s'agit d'une tumeur observée par Cauchois, tumeur encapsulée présentant « des faisceaux fibreux à toutes leurs périodes d'évolution avec mélange d'éléments sarcomateux. » Un mois après l'opération, apparition à l'utérus d'une tumeur que l'examen démontra être de nature sarcomateuse.

Aujourd'hui les exemples de fibro-sarcome ne sont pas rares ; nous avons signalé le cas cité par Huc (Thèse de Paris 1889), celui rapporté par Lagrange. Il en existe en ce moment un bel exemple à la clinique ophtalmologique de notre maître M. le professeur Truc. En faire l'étude raisonnée serait vouloir dépasser les limites du sujet.

Nous nous bornerons à tirer de ces faits cette conclusion : transformation morphologique possible et fréquente. Le processus paraîtrait assez facile.

En somme, comme nous le faisons remarquer au début, il n'y a pas si loin de l'une à l'autre tumeur et le cachet familial n'est pas pour peu dans ce processus. Sans vouloir faire jouer un grand rôle au traumatisme et sans rappeler ici les théories édifiées par Velpeau, sur la production des fibromes dans la mamelle, à la suite d'une violence extérieure, il est permis de penser qu'une cause irritante peut activer le processus de production ou de multiplication des cellules. Il y

aura alors gonflement des cellules préexistantes, division des noyaux qui s'entourent d'une mince couche de protoplasma ; ces cellules embryonnaires, généralement rondes, à gros noyaux, mais de forme variable suivant la variété de sarcome s'amassent en îlots qui font disparaître la substance fibrillaire environnante.

Désormais la cellule conjonctive ainsi proliférée sera plus abondante que la fibre ; bientôt un réseau vasculaire abondant se dessinera sous forme de minces vaisseaux creusés au milieu des cellules de nouvelle formation. Si l'accroissement est central, pendant un certain temps la capsule qui isolait la tumeur primitive sera respectée jusqu'à ce que la migration des cellules sarcomateuses par infiltration dans les tissus voisins ou par îlots morbides se fasse peu à peu, donnant à la tumeur une extension considérable dans un laps de temps relativement restreint. On aura alors le plus souvent réunis les caractères des tumeurs malignes : récurrence, généralisation, apparition de tumeurs secondaires (Ex. de Cauchois. Voir plus haut.)

Le diagnostic établi, à quel traitement recourir ?

Il paraît qu'on a, dans certains cas, retiré des bénéfices très marqués des frictions résolutives, mercurielles ou autres et de l'usage interne des iodiques.

Tortel cite une observation de Tyrrel, dans laquelle la tumeur aurait complètement disparu au bout de neuf mois à la suite de frictions mercurielles.

Nous n'osons pas accorder grand crédit à cette méthode ; les caustiques sont encore moins à conseiller. De telle sorte que la thérapeutique impuissante ou dangereuse devra céder la place à l'intervention chirurgicale.

Le petit volume de la tumeur, l'absence habituelle d'adhérences sont autant d'indications en faveur de cette dernière, et permettent d'écarter toute préoccupation au sujet du globe

oculaire. Conserver cet organe au seul point de vue esthétique, est parfois un résultat énorme. Lagrange et Rohmer ont pu l'obtenir dans des cas de fibromes du nerf optique ; ils ont même simultanément publié leur méthode opératoire à peu près analogue.

Mais ici, on pourra mieux espérer : conservation de l'organe au point de vue fonctionnel.

De ces diverses considérations, il semble résulter qu'il ne faut pas se hâter de conclure à un diagnostic facile. Sans doute, dans la plupart des cas, il ne sera pas malaisé d'affirmer, à la suite d'un examen attentif, qu'on se trouve en présence d'une *tumeur solide*, et la lenteur de l'évolution permettra d'ajouter le qualificatif de *bénigne*. Mais on devra se montrer très réservé sur la nature intime du néoplasme. A cet égard, les hésitations de chirurgiens très autorisés ne pourraient être perdues de vue, puisqu'il a été des cas où toutes les hypothèses, tous les diagnostics ont été successivement émis.

Bien que de toutes les variétés de fibrome intra-orbitaire, le fibrome sous-conjonctival soit le moins difficile à diagnostiquer, nous pensons que le microscope seul doit définitivement trancher la question.

Nous concluerons en disant que dans un cas analogue à celui que nous avons rapporté, tout en se montrant plus réservé sur le diagnostic, on devrait sans hésiter intervenir opératoirement, quitte à ne pas arriver à une excision complète. Du moins l'incertitude du diagnostic sera-t-elle levée et l'on pourra avec quelque raison présager de l'avenir de l'organe.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BEYLIER. — Tumeurs intra-orbitaires et orbitocèles (Thèse de Strasbourg, 1845).
- BOGROS. — Des tumeurs intra-orbitaires. (Paris 1854).
- DEMARQUAY. — Des tumeurs de l'orbite. — Professorat, 4^{er} juin. (Paris 1853).
- DUGENET. — Des tumeurs de l'orbite. (Paris 1852).
- FORESTA. — Des orbitocèles ankystées (Paris 1854).
- FLEYS. — Essai sur les signes et le diagnostic des tumeurs intra-orbitaires (Paris 1865).
- HUC. — Essai sur les tumeurs du nerf optique (Paris 1882).
- JALARRET. — Catalogue général des thèses d'oculistique (Montpellier, 1893).
- JOCQS. — Des tumeurs du nerf optique (Paris 1886-1887).
- LAGRANGE. — Etude sur les tumeurs de l'œil de l'orbite et des annexes.
— De la conservation du globe oculaire dans l'ablation des tumeurs du nerf optique. — Mémoire communiqué au Congrès français de chirurgie, Avril 1892.
- MALPAS. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite (Paris 1887).
- THIERY. — De l'extirpation des tumeurs du nerf optique sans énucléation du globe oculaire. Thèse, Nancy 1891-92.
- TORTEL. — Diagnostic différentiel des orbitocèles (Montpellier 1853).
- USSEL. — Le fibrome de l'orbite (Bordeaux 1888-89).
- DE WECKER et MASSELON. — Manuel d'ophtalmologie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier le 19 Juillet 1894.

Le Recteur :
J. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier le 18 Juillet 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
